

ЛЯМБЛИОЗ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ВДОКБ

Мацук О.Н., Сенько Е.Н., Асирян Е.Г., Бабицкая Д.К.,

Голубева А.И., Воробьева О.И.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. В мире существует около 250 видов гельминтов, паразитирующих в организме человека. По данным паразитологического мониторинга, в течение жизни практически каждый белорус переносит паразитарное заболевание, причем чаще всего страдают дети и подростки до 14 лет. В Российской Федерации регистрируется более 130 тысяч случаев лямблиоза в год, из них 70% составляют дети в возрасте до 14 лет.

Актуальность лямблиоза у детей во многом обусловлена тем, что его клинические проявления часто маскируются различными вариантами гастроэнтерологической патологии, включая функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), синдромы избыточного роста кишечной микрофлоры в тонкой кишке, мальабсорбции, поливитаминовой недостаточности, а также развитием аллергических заболеваний – рецидивирующей крапивницы, atopического дерматита, гастроинтестинальной формой пищевой аллергии, которые без адекватной терапии приобретают рецидивирующее течение. Поэтому проблема профилактики паразитарных заболеваний является одной из самых актуальных для каждого человека, независимо от его возраста и социального статуса.

Лямблиоз – распространенное протозойное инфекционное заболевание среди детей и взрослых. Возбудителями являются лямблии (*Lambliа Intestinalis* *Jiardia*) - простейшие класса жгутиковых. Впервые лямблии были описаны русским ученым Д.Ф. Лямблием в 1859 г.

Лямблии распространены во всех частях света. По частоте заболеваемости лямблиозом наша страна находится на одном уровне с развивающимися странами Африки.

В окружающей среде цисты лямблий распространены в пыли, земле, на грязных овощах, фруктах, зелени, шерсти животных и даже в хлорированной водопроводной воде!

Пути заражения. Существует три основных пути передачи лямблиоза: водный, пищевой и контактно-бытовой. То есть, наиболее частые случаи заражения – через воду, пищевые продукты, немытые овощи, фрукты и ягоды. В быту заражение осуществляется через загрязненные цистами предметы обихода: белье, детские игрушки, посуду. Установлено, что концентрации хлора, используемые для очистки воды, не оказывают губительного воздействия на цисты лямблий.

Клиника лямблиоза: синдром интоксикации и вегетативных нарушений, симптомы поражения желудочно-кишечного тракта, рецидивирующие проявления дерматита, сопровождающиеся в ряде случаев выраженным кожным зудом, упорный блефарит, приступы бронхиальной астмы, при клиническом анализе крови нередко выявляется эозинофилия; нарушение питания, как следствие мальдигестии и мальабсорбции. Чаще всего встречается бессимптомное и латентное течение лямблиоза, что при неспецифичности симптомов создает трудности в клинической диагностике. Хроническая форма лямблиоза имеет рецидивирующий характер и наблюдается чаще всего у детей дошкольного и школьного возраста.

Методы диагностики. Самый доступный метод лабораторной диагностики лямблиоза – копрологическое исследование. Однако следует заметить, что цисты лямблий с помощью этого метода можно обнаружить не всегда. Кроме этого желательно провести исследование желчи, а также серологическое исследование – специфические антитела обнаруживаются в крови уже через 2-4 недели после заражения. Самым же надежным методом диагностики лямблиоза является дуоденальная биопсия (исследование кусочка ткани двенадцатиперстной кишки).

Результаты обсуждения. Всего нами было обследовано 41 ребенок в возрасте от 1 до 15 лет с различными вариантами патологии желудочно-кишечного тракта (гастриты, гастродуодениты, функциональные нарушения ЖКТ), аллергическими заболеваниями (атопический дерматит, бронхиальная астма, крапивница, контактный дерматит), при этом лишь у 9 из них были обнаружены цисты лямблий при микроскопии кала. У 2,4% детей серологические исследования были отрицательные, у остальных – положительные (IgG в титре 1:100 – 4 ребенка, в титре 1:200 – 7 детей, в титре 1:400 – 13 детей, в титре 1:800 – 4 ребенка, в титре 1:1600 у 2 детей).

В общем анализе крови у 85% обследованных детей была отмечена эозинофилия.

Наиболее часто встречался лямблиоз у детей из Полоцка, Новополоцка, Докшиц – 73% обследованных детей. Витебск и витебский район – 27% детей.

Таким образом, данные копрологического и серологического методов исследований можно объяснить с различных позиций.

- Особенностью жизненного цикла лямблий, для которых характерен «феномен прерывистого цистовыделения». Зараженный лямблиозом человек выделяет цисты не каждый день, а с интервалом в 8–14 дней. Поэтому необходимо проявить настойчивость и для лабораторного

подтверждения диагноза исследовать пробы кала 3–4–кратно с интервалом в 2–3 дня

- Может иметь значение низкая степень инвазии и выделение небольшого количества цист. С целью улучшения диагностики следует использовать провокацию, которая создает неблагоприятные условия для лямблий в организме ребенка, способствуя увеличению образованию цист и их выделению с калом в больших количествах. В качестве подобной провокации предложено использование настоя кукурузных рылец. По данным Т.Ю. Бандуриной, Г.Ю. Кнорринг (2003), при проведении подобной «провокации» выявление цист лямблий у детей с подозрением на лямблиоз кишечника составляет 92,5%.
- Несоблюдением правил сбора кала в консервант для сохранения лямблий: обязательно тщательное смешивание кала с консервантом до получения гомогенного содержимого, сохранение пропорции кала и консерванта 1:3. Исследование нативного мазка в наших условиях не имеет практического значения из-за необходимости доставки материала в лабораторию в течение короткого времени и невозможность того, чтобы ребенок опорожнял кишечник по требованию в определенное время.
- Серологические результаты требуют дополнительного обсуждения с точки зрения их специфичности. У трех исследованных нами детей с положительными титрами противоямблиозных антител при повторном исследовании фекалий цисты лямблий не были обнаружены. Однако у них же при микроскопии кала обнаруживались цисты кишечной амебы, бластоцисты, что не позволяет полностью исключить возможность перекрестных ложноположительных реакций.

Видимо, необходимо исследование большего количества детей для достоверного сопоставления положительных результатов микроскопии кала с титрами специфических антител, чтобы определить диагностически значимый титр антител. Большую помощь в этом исследовании могло бы оказать параллельное использование метода полимеразной цепной реакции или иммунофлюоресценции для выявления лямблиозного антигена в образцах фекалий. У некоторых детей с длительно текущим лямблиозом антитела в сыворотке могут не определяться, что может свидетельствовать о неэффективности механизмов гуморальной защиты. Отсутствие специфических антител у детей с повторным обнаружением цист лямблий является, видимо, неблагоприятным прогностическим признаком и требует определения индивидуальных схем лечения. Отмечено, что у детей с лимфатическим типом конституции, страдающих лямблиозом, антитела часто отсутствуют.

Литература

1. Н.П. Шабалов Детские болезни. Москва, 2002. - С.751-753
2. Баранов, А. А. Гастроинтестинальная пищевая аллергия у детей / А. А. Баранов, И. И. Балаболкин, О. А. Субботина - М. Издат Дом "Династия", 2002. - 180 с.
3. Атопический дерматит и аллергический ринит у детей и подростков / Л. М. Беляева – Минск: ООО «В.И.З.А.ГРУПП», 2006 – 194 с.